

OCENA KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK W OPARCIU O REALIZACJĘ KURSU SPECJALISTYCZNEGO „KOMPLEKSOWA PIELĘGNIARSKA OPIEKA NAD PACJENTAMI Z NAJCZĘSTSZYMI SCHORZENIAMI WIEKU PODESZŁEGO”

The evaluation of post-graduate nursing education based on the „Comprehensive nursing care of patients with common conditions of the elderly age” specialist course

Maria Przyszlak¹, Maria Nowak², Barbara Kot-Doniec¹, Izabella Uchmanowicz³, Joanna Rosińczuk⁴

¹ Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie

² Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

³ Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

⁴ Zakład Chorób Układu Nerwowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: joanna.rosinczuk@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Strategia kształcenia podyplomowego pielęgniarek powinna uwzględniać wymagania kwalifikacyjne osób, niezbędne do realizacji świadczeń zdrowotnych, potrzeby edukacyjne pielęgniarek oraz spełniać oczekiwania kształcących się, tak w zakresie organizacji, jak i późniejszego wykorzystania wiedzy w pracy zawodowej. Biorąc pod uwagę powyższe oraz sytuację demograficzną polskiego społeczeństwa (według danych GUS z 2013 r. w Polsce ludzie po 65 r.ż. stanowili 15%, a w 2020 r. liczba ta wzrosła do 22,4% [1]) należy podjąć działania gwarantujące zapewnienie kompleksowej opieki geriatrycznej, w tym również przygotowanie kadry do sprawowania tej opieki. Jedną z form realizacji tego założenia było wprowadzenie kursu specjalistycznego „Kompleksowa pielęgniarska opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego” współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (2013–2015), którego beneficjentem było Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

Cel pracy. Przedstawienie oceny efektów i oceny organizacji kursu specjalistycznego „Kompleksowa pielęgniarska opieka nad pacjentami z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego” w opinii uczestników szkolenia.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety opracowanej w Centrum, w okresie wrzesień–listopad 2014 r., w grupie 60 osób (po 30 z Warszawy i Zamościa), które ukończyły powyższy kurs. Analizę wyników przeprowadzono metodą statystyki opisowej.

Wyniki. W grupie respondentów występowały wyłącznie kobiety głównie po 40. r.ż. (76%), ze stażem pracy do 25 lat (65%) oraz z wykształceniem średnim (61%). Większość badanych (95%) o możliwości kształcenia dowiedziała się od swoich przełożonych. Wszystkie badane stwierdziły, że po ukończeniu kursu ich wiedza i umiejętności poszerzyły się i będą im przydatne w aktualnie wykonywanej pracy. Większość z nich potwierdziła również, że szkolenie przyczyniło się do wzrostu ich samooceny zawodowej i społecznej oraz zainspirowało do dalszego podnoszenia kwalifikacji i rozwoju zawodowego. Wszystkie badane oceniły organizację kursu na poziomie bardzo dobrym i dobrym zarówno w zakresie bazy, jak i przygotowania merytorycznego prowadzących. Uczestniczki kursu oceniając bardzo wysoko jego organizację i zawartość merytoryczną, podwyższyły swoje kwalifikacje w zakresie opieki nad osobami starszymi, co przyczyniło się do wzrostu ich samooceny. Zdecydowana większość uczestników (mimo informacji w prasie fachowej i w mediach) dowiedziała się o możliwości kształcenia od swoich przełożonych. Sugeruje to niewystarczające zaangażowanie pielęgniarek w samodzielne poszukiwanie możliwości dokończenia się.

Słowa kluczowe: ocena, kształcenie, kwalifikacje, kompetencje.

SUMMARY

Background. The strategy of post-graduate nursing education should consider qualifications vital for health care provision, nurses' educational needs and the requirements of students, both in terms of course's organization and further application of knowledge in professional practice. Considering the above and demographics in Poland (according to the 2013 data from the Polish Central Statistical Office, people over 65 comprised 15% of the Polish population and this number will have grown to 22.4% in 2020 [1]) measures must be undertaken to guarantee the provision of comprehensive geriatric care, including appropriate staff training. One of the ways of achieving this objective was the introduction of the “Comprehensive nursing care of patients with common conditions of the elderly age” specialist course, subsidized from the European Social Fund as a part of the Human Capital Operational Program (2013–2015), beneficiary of which was the Center of Post-graduate Education for Nurses and Midwives.

Objectives. The purpose of the study was to present the participants' assessment of the organization and outcomes of the “Comprehensive nursing care of patients with common conditions of the elderly age” specialist course.

Material and methods. The study was carried out using the diagnostic poll method with a questionnaire developed in the Center, in the period September–November 2014 in a group of 60 people (30 from Warsaw and 30 from Zamość) who had completed the training. The analysis of the results was conducted using descriptive statistics.

Results. The respondent group comprised solely of women, mainly over 40 years of age (76%) with up to 25 years of professional experience (65%) and with secondary education (61%). Most of the participants (95%) learned about the course from their superiors. They all claimed that completing the course broadened their knowledge and skills and it would prove useful for their current job. The majority confirmed that the training boosted their professional and social confidence, and inspired them to continue their professional development and gain new qualifications. The organization of the course (both in terms of facilities and the professional experience of the trainers) was evaluated as “good” or “very good”.

The participants of the course positively evaluated both its organization and content. They raised their geriatric care qualifications, which boosted their confidence. Although the course had been advertised in professional journals and the media, a significant majority of participants learned about it from their superiors. This would suggest that nurses are insufficiently engaged in their individual pursuit of further education.

Key words: evaluation, education, qualifications, competences.

WSTĘP

Postępujące zmiany demograficzne we współczesnym świecie, w tym także w Polsce, prowadzą do zwiększenia liczebności populacji ludzi starszych. Przewidywania GUS wskazują, że w perspektywie najbliższych dwudziestu lat niemal co czwarty mieszkaniec Polski przekroczy umowny próg starości. Na wydłużanie życia wpływa rozwój społeczno-gospodarczy, osiągnięcia medycyny, wzrost świadomości społeczeństwa. Obecnie odsetek osób po 65. roku życia stanowi 15% społeczeństwa. Zgodnie z prognozą GUS na 2020 r., odsetek osób po 60. roku życia ma osiągnąć poziom 22,4%, a co czwarta z tych osób przekroczy 75 lat [2].

Wzrost liczby ludzi starszych niesie za sobą większe zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną chociażby dlatego, że nigdy nie istniał „złoty wiek starości” [3]. Osoby w podeszłym wieku z powodu wielochorobowości, niesprawności fizycznej, emocjonalnej i poznawczej należą do najtrudniejszych i najdroższych pacjentów w systemie opieki zdrowotnej [4].

WYZWANIA DLA SEKTORA ZDROWIA

Wzrost liczby osób starszych skutkuje wzrostem zapotrzebowania na świadczenia medyczne i wiąże się z koniecznością poprawy szeroko rozumianej jakości życia i funkcjonowania najstarszych obywateli. Zdrowe społeczeństwo, a co jest z tym związane – zdrowe jednostki, to główny cel opieki zdrowotnej. Za opieką nad osobami starszymi odpowiadają resort zdrowia oraz resort pracy i polityki społecznej. Samorządy terytorialne realizują zadania z zakresu szeroko rozumianej opieki nad osobami starszymi, wynikającymi z regionalnej polityki społecznej [5].

Osoby starsze w około 80% cierpią na minimum jedną chorobę przewlekłą i/lub następstwa przebytych wypadków lub urazów, które u co drugiej z nich prowadzą do trwałego upośledzenia sprawności. Najczęściej występującymi są otępienie w przebiegu choroby Alzheimera, depresja, udary i stany poudarowe, niewydolność serca, nowotwory, choroba zwyrodnieniowa stawów z osteoporozą, niedożywienie kaloryczno-białkowe, zakażenia i wiele innych [6].

Badania epidemiologiczne wskazują na pogarszającą się wraz z wiekiem sprawność fizyczną, intelektualną oraz występowanie szeregu dolegliwości. Widoczne pogorszenie jakości życia zwiększa ryzyko hospitalizacji i umieszczenia w zakładzie opieki leczniczej lub rehabilitacyjnej, a tym samym uzależnia od innych osób. Hospitalizacja oraz konieczność zapewnienia opieki pociągają za sobą koszty, które stanowią obciążenie dla systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej [7].

Rosnąca liczba osób samotnych, pozostających bez opieki i wsparcia ze strony najbliższego otoczenia, jest również wynikiem ciągłych przemian, jakim podlega współczesna rodzina [8]. Wynika to ze zmiany struktury rodziny, w tym ograniczenia liczby rodzin wielopokoleniowych, a co jest z tym związane – zmniejszenia jej wielkości [9].

Obserwowany spadek tzw. współczynnika potencjału pielęgnacyjnego, tj. stosunku liczby kobiet w wieku 45–64 lat (typowy wiek córek osób sędziwych) do liczby osób w wieku 80+, podlega niekorzystnym tendencjom spadkowym i wpływa na konieczność zapewnienia opieki. W 2000 r. proporcje wynosiły odpowiednio: 5,1 kobiet/1 osobę w wieku 80+, zaś prognozy wskazują, że w 2030 r. wskaźnik ten wyniesie 3,6/1, a w 2050 r. jedynie 1,7/1 osobę w wieku 80+ [10].

Przyczyną trudności w zapewnieniu systemowej opieki geriatrycznej jest niż demograficzny oraz brak rozbudowanego systemu opieki instytucjonalnej.

Kolejną determinantą deficytu opieki nad osobą starszą jest fizyczny brak członków rodziny oraz pogorszenie sytuacji materialnej, w związku z koniecznością sprawowania opieki nad osobą starszą niesamodzielną. Wiąże się to z udzieleniem wsparcia rodzinie osoby starszej w wypełnianiu funkcji opiekuńczej [11].

Jednym z podstawowych zadań opieki geriatrycznej jest wcześnie wykrywanie czynników ryzyka wpływających na upośle-

dzenie zdolności osób starszych do samodzielnego życia oraz taki kierunek działań profilaktycznych i leczniczych, który zapobiegałby narastaniu niesprawności i uzależnienia od osób innych. Priorytetem w polityce zdrowotnej wobec ludzi starszych jest dążenie do jak najdłuższego utrzymywania ich w pełni sprawności życiowej umożliwiającej samodzielne funkcjonowanie w środowisku zamieszkania i poprawa jakości ich życia.

Ideą podejścia geriatrycznego jest zespołowa i interdyscyplinarna współpraca lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa, opiekuna medycznego, terapeuty środowiskowego, pracownika socjalnego, a w razie potrzeby również logopedy czy dietetyka.

Występowanie u osób starszych złożonych problemów zdrowotnych, psychologicznych, społecznych czy duchowych jest ogromnym wyzwaniem dla całego sektora ochrony zdrowia, w tym kadry pielęgniarskiej. Sprawowanie opieki wymaga od pielęgniarki/pielęgniarskiego znajomości procesów związanych ze starzeniem się, specyfiki chorobowości starszych osób oraz znajomości istniejących w Polsce form opieki instytucjonalnej [12].

W odpowiedzi na niedobory wykwalifikowanej kadry pielęgniarskiej w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego przygotowano i zrealizowano projekt systemowy „Rozwój kwalifikacji i umiejętności kadry pielęgniarskiej w kontekście zmian epidemiologicznych będących następstwem starzejącego się społeczeństwa”, współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH ODPOWIEDZIA NA POTRZEBY EDUKACYJNE KADRY PIELĘGNIARSKIEJ REALIZUJĄCEJ LUB PLANUJĄCEJ OPIEKĘ NAD OSOBAMI STARSZYM

Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych jest jednostką koordynującą działania w zakresie różnorodnych form kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych realizowanego na terenie całego kraju, w tym również prowadzenie działań mających na celu zapewnienie wysokiej jakości tego kształcenia.

Obecnie system kształcenia podyplomowego reguluje ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2014 r., poz. 1435 z późn. zm.), która określa m.in. sposób wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej, jak również przebieg uzyskiwania zawodowych kwalifikacji podyplomowych. Zgodnie z zapisami ustawy, pielęgniarki mają obowiązek stałej aktualizacji swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego [13]. Obecnie oprócz ustawy system kształcenia podyplomowego regulują liczne akty prawne, głównie rozporządzenia Ministra Zdrowia [14–18].

OFERTA SZKOLENIOWA DLA PIELĘGNIAREK W RAMACH PROJEKTU SYSTEMOWEGO „ROZWÓJ KWALIFIKACJI I UMIEJĘTNOŚCI KADRY PIELĘGNIARSKIEJ W KONTEKŚCIE ZMIAN EPIDEMIOLOGICZNYCH BĄDĄCYCH NASTĘPSTWEM STARZEJĄCEGO SIĘ SPOŁECZEŃSTWA”, WSPÓŁFINANSOWANEGO PRZEZ UNIĘ EUROPEJSKĄ Z EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO W RAMACH PROGRAMU OPERACYJNEGO

Projekt zrealizowano w latach 2013–2015 w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet II Rozwój zasobów ludzkich i potencjału administracyjnego przedsiębiorstw oraz poprawa stanu zdrowia osób pracujących, Działanie 2.3. Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, Poddziałanie 2.3.2. Doskonalenie zawodowe kadr medycznych. Decyzja o dofinansowaniu projektu Nr POKL 02.03.02-00-010/13 została podpisana przez Ministra Zdrowia w dniu 31 lipca 2013 r.

Celem głównym projektu była poprawa jakości opieki pielęgniarskiej nad osobami starszymi poprzez organizację kursu specjalistycznego „Kompleksowa pielęgniarstwo opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego”.

Program kursu specjalistycznego został opracowany przez Zespół ekspertów z dziedziny pielęgniarstwa geriatrycznego oraz geriatrii i stanowił podstawę kształcenia dla zaplanowanej na wstępie grupy 4800 pielęgniarzek, pielęgniarzy, których liczba wzrosła do około 12 120 osób. Grupą docelową były pielęgniarki/pielęgniarze posiadający prawo wykonywania zawodu, stwierdzające uprawnienie do wykonywania zawodu oraz legitymujących się aktualnym zatrudnieniem w zawodzie pielęgniarki, pielęgniarza na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

Program kształcenia [19] obejmował 200 godzin dydaktycznych, w tym 110 godzin zajęć teoretycznych i 90 godzin zajęć stażowych. Celem ogólnym kształcenia było przygotowanie pielęgniarki do sprawowania kompleksowej opieki nad osobą starszą z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego oraz wspierania i edukowania jej rodziny/opiekunów.

Zdobyta i pogłębiona wiedza teoretyczna dotycząca m.in. organizacji opieki geriatrycznej, fizjologii starzenia, całościowej oceny geriatrycznej, komunikowania, odżywiania, wielkich zespołów geriatrycznych, schorzeń układu krążenia, układu oddechowego, metabolicznych, układu nerwowego, psychicznych, narządu ruchu, pacjenta leczonego chirurgicznie została wykorzystana w podmiotach leczniczych na kształtowanie umiejętności praktycznych w odniesieniu do osób starszych.

W zakładzie opiekuńczo-leczniczym uczestnicy w ciągu 30 godzin nabywali umiejętności praktyczne dotyczące sprawowania kompleksowej opieki pielęgniarzkiej nad osobami starszymi w ramach opieki instytucjonalnej.

Uczestnicy realizując zajęcia stażowe w oddziale neurologii, w wymiarze 30 godzin, kształtowali i doskonalili umiejętności w doborze metod, sposobów i technik wykorzystywanych w opiece nad pacjentem w wieku podeszłym ze schorzeniami neurologicznymi. Natomiast w oddziale geriatrycznym/interlistycznym pielęgniarki/pielęgniarze doskonalili umiejętności w doborze metod, sposobów i technik wykorzystywanych w opiece nad pacjentem w wieku podeszłym.

Zgodnie z założeniami projektu, każdy uczestnik kursu otrzymał materiały dydaktyczne opracowane przez autorów programu kursu. Materiały dydaktyczne przygotowane przez Centrum w formie publikacji były przekazywane uczestnikom kursu za pośrednictwem organizatorów kształcenia.

Szkolenie było całkowicie bezpłatne dla uczestniczących w nim osób. Jego koszt w całości pokrywany był z Europejskiego Funduszu Społecznego. Dodatkowo uczestnicy kursu otrzymali wsparcie m.in. w postaci zapewnienia wyżywienia w trakcie trwania zajęć teoretycznych i zwrotu kosztów dojazdu do miejsca prowadzenia kształcenia.

Kursy prowadzone były na obszarze całej Polski. W celu zapewnienia jak największej dostępności do kształcenia procedury przetargowe były tak przygotowywane, aby kursy mogły odbywać się na obszarze działania poszczególnych okręgowych izb pielęgniarzek i położnych. W okresie od IV kwartału 2013 r. do I kwartału 2015 r. zaplanowano przeprowadzenie około 360 edycji kursu Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych.

Realizacja kursu odbywała się przez wybór organizatora kształcenia w drodze postępowania przetargowego prowadzonego przez Zakład Zamówień Publicznych, przy Ministrze Zdrowia z udziałem efektów CKPPI.

Na zakończenie kursu każdy uczestnik wypełniał ankietę, na podstawie której oceniane są efekty kształcenia i organizacja zajęć w poszczególnych jednostkach organizacyjnych.

CEL PRACY

Celem badania była ocena efektów i ocena organizacji kursu specjalistycznego „Kompleksowa pielęgniarzka opieka nad pacjentami z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego” w opinii uczestników szkolenia.

MATERIAŁ I METODY

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety, który zawierał 11 pytań zamkniętych i 2 pytania otwarte.

Badaniami objęto dwie grupy pielęgniarzek po 30 osób (same kobiety), w ramach bezpłatnego kursu specjalistycznego „Kompleksowa pielęgniarzka opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego” realizowanego przez organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarzek i położnych wybranych w drodze przetargu. Organizatorem realizującym kształcenie jednej grupy, w liczbie 30 osób, na terenie Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych był Warszawski Uniwersytet Medyczny w Warszawie, natomiast drugiej grupy, również w liczbie 30 osób – na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu, było Medyczne Centrum Kształcenia „WIEDZA” w Sandomierzu. Ankietę przeprowadzono w okresie od września do listopada 2014 r.

Do badania wskazano dwie grupy osób z różnych ośrodków kształcenia ze względu na różnice miejsca realizacji zajęć teoretycznych i praktycznych (wielkość aglomeracji i podmioty lecznicze).

Liczba badanych pielęgniarzek w wieku od 41 do 50 lat oraz w wieku powyżej 50. roku życia wynosiła po 38%. Kobiety w wieku 31–40 lat stanowiły 17% badanych, tylko 7% grupy stanowiły pielęgniarki w wieku 20–30 lat.

Większość badanych pielęgniarzek posiadała wykształcenie średnie (61%). Pielęgniarki z wykształceniem wyższym na poziomie licencjata stanowiły 27%, natomiast na poziomie magistra – 12% badanych pielęgniarzek.

W zawodzie powyżej 25 lat pracuje większość badanych pielęgniarzek (65%). Kobiety pracujące od 16 do 25 lat stanowiły 22% badanych, pracujące od 6 do 15 lat – 10% badanych oraz pracujące do 5 lat – 3% badanych pielęgniarzek.

Większość respondentów pracuje w dziedzinach pielęgniarstwa nie związanych z geriatrią (tab. 1).

Tabela 1. Rozkład dziedzin pielęgniarstwa związanych z zatrudnieniem badanych kobiet

Dziedzina	Liczebność	Procent ogółu
Pielęgniarstwo geriatryczne	7	11,67
Pielęgniarstwo opieki długoterminowej	4	6,67
Pielęgniarstwo rodzinne	1	1,67
Pielęgniarstwo zachowawcze	20	33,33
Pielęgniarstwo psychiatryczne	2	3,33
Pielęgniarstwo onkologiczne	0	0,00
Pielęgniarstwo chirurgiczne	9	15,00
Inna	26	43,33

Wszystkie badane pielęgniarki stwierdziły, że ich wiedza w zakresie opieki nad osobami w podeszłym wieku poszerzyła się po zakończeniu kursu (100%). Identycznie badane oceniły wzrost swoich umiejętności praktycznych. 100% respondentek odpowiedziało, że ich poziom umiejętności praktycznych podniósł się. Również 100% respondentek odpowiedziało, że nabyta wiedza i umiejętności będą przydatne w aktualnie wykonywanej pracy. Pielęgniarki zapytano również o poziom motywacji do rozwoju kariery zawodowej i dalszego uzupełniania kwalifikacji po ukończeniu kursu (tab. 2).

Tabela 2. Poziom motywacji do rozwoju kariery zawodowej i dalszego uzupełniania kwalifikacji zawodowych u pielęgniarzek po zakończonym kursie

Odpowiedzi	Liczebność	Procent ogółu
Większy niż 80%	37	61,67
80%	22	36,67
Mniejszy niż 80%	1	1,67

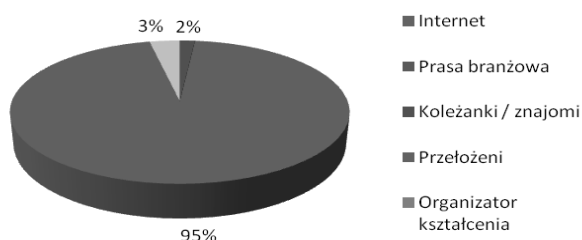
W tabeli 3 przedstawiono rozkład oceny poziomu wzrostu samooceny na gruncie zawodowym i społecznym po zakończonym kursie według badanych pielęgniarek.

Tabela 3. Rozkład oceny poziomu wzrostu samooceny na gruncie zawodowym i społecznym po zakończonym kursie według badanych pielęgniarek

Odpowiedzi	Liczebność	Procent ogółu
Większy niż 80%	41	68,33
80%	16	26,67
Mniejszy niż 80%	2	3,33
Brak danych	1	1,67

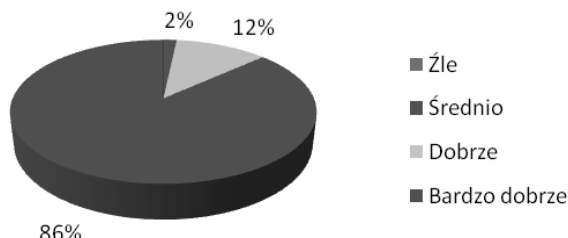
Wszystkie badane pielęgniarki stwierdziły, że ukończony kurs będzie miał wpływ na poprawę jakości sprawowanej przez nie opieki nad osobami starszymi (100%).

Zdecydowana większość badanych pielęgniarek stwierdziła, że o kształceniu w ramach ww. projektu dowiedziała się od przełożonych (95%), nikt nie uzyskał informacji poprzez Internet i od organizatorów kursu (ryc. 1).



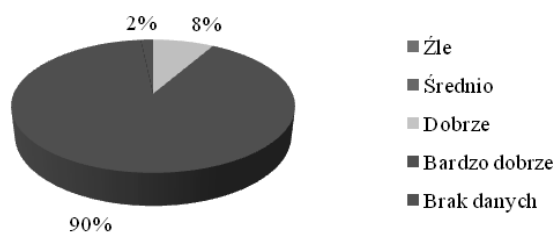
Rycina 1. Rozkład źródeł informacji, z których badane pielęgniarki dowiedziały się o kształceniu w ramach ww. projektu

Aż 86% respondentek oceniła bardzo dobrze organizację kursu. Według 12% badanych pielęgniarek kurs zorganizowany był dobrze, nikt nie ocenił źle jego organizacji (ryc. 2).



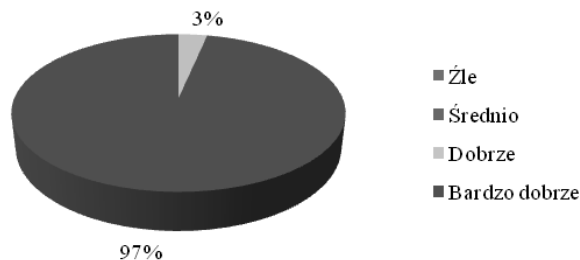
Rycina 2. Rozkład oceny organizacji kursu według badanych pielęgniarek

Otrzymane materiały szkoleniowe (materiały dydaktyczne i publikacje książkowe) 90% badanych pielęgniarek oceniła bardzo dobrze. Według 8% badanych kobiet materiały były przygotowane na dobry poziomie. Tu także nikt nie ocenił negatywnie przygotowania organizatorów (ryc. 3).



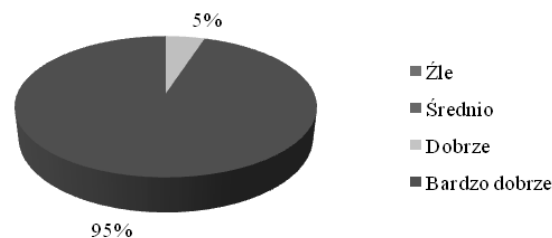
Rycina 3. Rozkład oceny materiałów szkoleniowych według badanych pielęgniarek

Zdecydowana większość bo aż 95% badanych pielęgniarek oceniła bardzo dobrze pakiet startowy (torba, długopis, notes, USB). Dobrze pakiet startowy oceniło 5% badanych kobiet. Przygotowanie merytoryczne wykładowców zdecydowana większość badanych pielęgniarek oceniła bardzo dobrze (97%) (ryc. 4).



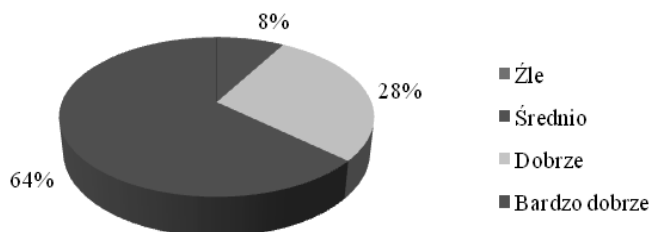
Rycina 4. Rozkład oceny przygotowania merytorycznego wykładowców według badanych pielęgniarek

Aż 95% badanych pielęgniarek oceniła bardzo dobrze przygotowanie merytoryczne opiekunów stażu (ryc. 5).



Rycina 5. Rozkład oceny przygotowania merytorycznego opiekunów stażu według badanych pielęgniarek

Na pytanie o warunki i wyposażenie sal wykładowych, większość (64%) badanych pielęgniarek oceniła je bardzo dobrze. Według 28% badanych kobiet, warunki i wyposażenie były dobre, natomiast 8% badanych oceniło je jako średnie (ryc. 6).



Rycina 6. Rozkład oceny warunków i wyposażenia sal wykładowych według badanych pielęgniarek

Wsparcie dodatkowe, jakim był zwrot kosztów dojazdu na kurs, 55% respondentek oceniło bardzo dobrze. Blisko 22% badanych kobiet nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie, natomiast 17% oceniło wsparcie dobrze, 3,3% wystawiło ocenę negatywną.

Wsparcie, jakim było wyżywienie – jego jakość – w czasie zajęć teoretycznych zdecydowana większość badanych pielęgniarek oceniła bardzo dobrze (80%). Według 16% badanych kobiet wyżywienie było przygotowane dobrze. Średnio i źle wsparcie oceniło po 2% respondentów.

Niezależnie od poziomu wykształcenia i stażu pracy wszyscy respondenci dostrzegli poprawę jakości sprawowanej opieki nad osobami starszymi po zakończonym kursie. Analizę przeprowadzono testem U Manna-Whitneya.

Pielęgniarki kształcące się w placówce OIPIP w Warszawie nie różnią się od pielęgniarek kształcących się na terenie OIPIP w Zamościu pod względem oceny poziomu wzrostu samooceny na gruncie zawodowym i społecznym po zakończonym kursie. Analiza testem niezależności χ^2 nie wykazała istotnych statystycznie różnic: $\chi^2(3) = 4,72$; $p = 0,111$. Oznacza to, że pielęgniarki kształcące się w placówce OIPIP w Warszawie częściej niż pielęgniarki kształcące się na terenie OIPIP w Zamościu oceniały poziom wzrostu motywacji na gruncie zawodowym i społecznym po zakończonym kursie jako mniejszy niż 80% oraz równy 80%. Natomiast pielęgniarki kształcące się na terenie OIPIP w Zamościu oceniały poziom wzrostu motywacji na gruncie zawodowym i społecznym po zakończonym kursie jako większy niż 80%. Analiza testem niezależności χ^2 wykazała istotne statystycznie różnice: $\chi^2(2) = 5,95$; $p = 0,031$.

Wszystkie badane pielęgniarki odpowiadały twierdząco na pytania dotyczące poszerzenia wiedzy i umiejętności w zakresie opieki nad osobami w podeszłym wieku po zakończeniu kursu. Nie ma różnicy między pielęgniarkami kształcącymi się w Zamościu i w Warszawie.

Niezależnie od dziedziny zatrudnienia, wszystkie badane pielęgniarki odpowiadały twierdząco na pytania dotyczące przydatności nabytej wiedzy i umiejętności w aktualnie wykonywanej pracy.

DYSKUSJA

Uzyskany materiał wskazuje, że zainteresowanie kształceniem podyplomowym pielęgniarek jest znaczne. W opinii pielęgniarek, ocena kształcenia daje informacje o jego efektach, sposobie organizacji oraz wskazuje możliwości modyfikacji i ulepszania. Podnoszenie kwalifikacji zawodowych przez kształcenie podyplomowe pielęgniarek jest wymogiem stawianym przez ustawę o zawodach pielęgniarstwa i położnej. Wymogi takie stawia również współczesny odbiorca usług medycznych. Nowe trendy, pojawiające się nowe obszary działalności i rosnące oczekiwania wpływają na konieczność wprowadzania zmian w świadczeniu usług zdrowotnych. Pielęgniarki widzą konieczność podnoszenia kwalifikacji, mają do tego prawo i obowiązek [20]. Odbywa się to przez szkolenia specjalizacyjne, kursy kwalifikacyjne oraz kursy specjalistyczne. Daje to większą samodzielność, wzrost kompetencji oraz poprawę opieki. Prezentowane badania dotyczyły grupy pielęgniarek, które ukończyły kurs specjalistyczny w zakresie kompleksowej opieki nad osobami starszymi. W literaturze odnaleźć można wiele publikacji dotyczących podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez pielęgniarki, motywacji do podejmowania kształcenia, czy opinii wyrażonej przez uczestników, a dotyczącej realizacji kształcenia.

Kształcenie podyplomowe pociąga za sobą również utrudnienia związane z udziałem w kształceniu. Pielęgniarki jako jedną z przyczyn wskazują kadrę zarządzającą placówkami ochrony zdrowia i pielęgniarstwem, czynniki finansowe, ograniczony dostęp do szkoleń i kursów. Dyskusje prowadzone w środkach masowego przekazu, w szczególności dotyczące starzejącego się społeczeństwa, zapotrzebowania na świadczenia pielęgniarstwa w opiece nad osobami starszymi oraz sytuacji na rynku pracy mogły stać się motywacją do rozwijania umiejętności zawodowych w tym obszarze i podniesienia kwalifikacji. Stąd tak duże zainteresowanie udziałem w szkoleniu związanym z opieką nad osobami starszymi. Zachętą do podejmowania kształcenia przez pielęgniarki są nie tylko wyżej wymienione czynniki, ale pozyskiwanie dodatkowych środków finansowych [21], co zwalnia uczestników z jakichkolwiek opłat. Dodatkowe wsparcie, jakim był zwrot kosztów podróży oraz materiały dy-

daktyczne otrzymywane bezpłatnie przez uczestników niniejszego kursu, było motywacją do podjęcia kształcenia przez tak liczną grupę z 4800 na 12 200 osób. Podnoszenie kwalifikacji w obecnych uwarunkowaniach łączy się z sytuacją demograficzną społeczeństwa oraz sytuacją na rynku pracy. Podniesione kwalifikacje zapewnią pozyskanie stanowiska pracy zgodnie z posiadanymi umiejętnościami i kwalifikacjami. Według Cisoń-Apanasewicz i wsp., kształcenie podyplomowe nie tylko służy podniesieniu kwalifikacji zgodnie z wymogami Unii Europejskiej, ale wpływa na poprawę opieki [22].

W literaturze znaleźć można wiele publikacji dotyczących podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez pielęgniarstwo i położne oraz motywacji do podejmowania kształcenia. Z badań przeprowadzonych w Bydgoszczy w 2005 r. wynika, że zainteresowanie kształceniem osób niestudiujących jest mniejsze niż osób studiujących [23].

Krupińska w badaniach przeprowadzonych na grupie 113 pielęgniarek wykazała, że doksztalcenie jest istotnym elementem podnoszącym poczucie własnej wartości, a głównymi przeszkodami w kształceniu podyplomowym są: wysoki koszt kształcenia, utrudnienia ze strony kadry kierowniczej, w tym szczebla pielęgniarstwa [24].

WNIOSKI

1. Kształcenie podyplomowe pielęgniarek powinno odpowiadać na zapotrzebowanie społeczne oraz spełniać oczekiwania kształcących się tak w zakresie organizacji, jak i późniejszego wykorzystania wiedzy w pracy zawodowej.
2. Nauczanie pociąga za sobą konieczność zorganizowania opieki geriatrycznej oraz przygotowania kadry mogącej ją sprawować.
3. Kształcenie podyplomowe poszerzone o kurs specjalistyczny „Kompleksowa pielęgniarstwo nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego” współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (2013–2015) spotkało się z trzykrotnie większym zainteresowaniem niż zakładał projekt systemowy.
4. Realizacja kursu w ramach projektu systemowego „Kompleksowa pielęgniarstwo nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego” podwyższyła kwalifikacje pielęgniarek w zakresie opieki nad osobami starszymi, co wpłynęło na wzrost ich samooceny.
5. Bardzo wysoka ocena organizacji kształcenia podyplomowego w ramach kursu „Kompleksowa pielęgniarstwo nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego”.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.

Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Mianowany ME, Maniecka-Bryla I, Drygas WK. Starzenie się populacji jako ważny problem zdrowotny i społeczno-ekonomiczny. *Gerontol Pol* 2004; 12(4): 172–175.
2. GUS. Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050. Strona internetowa: <https://www.google.pl>; (dostęp 21.02.2015 r. godz.19.00).
3. Minois G. *Historia starości. Od Antyku do renesansu*. Tłum. Marczewska K. Warszawa: Marabut; 1995: 326.
4. Błędowski P, Szatur B, Szveda-Lewandowska Z, i wsp. *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*. Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych; 2012.
5. *Założenia długofalowej polityki senioralnej w Polsce na lata 2014–2020*. Warszawa: Monitor Polski. Dziennik Urzędowy Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 4 lutego 2014 r., poz.118 z dnia 24 grudnia 2013 r.
6. Wiczerowska-Tobis K. *Geriatrya i gerontologia. Specyfika pacjenta starszego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2013:18–27.
7. Bień B, Wojszel BZ, Wilmańska J, i wsp. Epidemiologiczna ocena rozpowszechnienia niesprawności funkcjonalnej u osób w późnej starości a świadczenie opieki. *Gerontol Pol* 1999; 7(2): 42–47.
8. Błędowski P. *Zaspokajanie potrzeb opiekuńczych ludzi starych. Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*. Warszawa: Rzecznik Praw Obywatelskich; 2012: 55–63; 2012.
9. CBOS. *Komunikat badań. Rodzina – jej współczesne znaczenie i rozumienie*. Strona internetowa: <http://www.cbos.pl/> (dostęp 21.02.2015).
10. Szukalski P, Warzywoda-Kruszyńska W. *Rodzina w zmieniającym się społeczeństwie polskim*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2004: 272.
11. Dziechciaż M, Gut E, Wojtowicz A, i wsp. Zapotrzebowanie na opiekę długoterminową wśród starszych mieszkańców wsi. *Now Lek* 2012; 81(1): 26–30.
12. Porzych K, Kędziara-Kornatowska K, Polak A, i wsp. Psychologiczne aspekty starzenia się i starości. *Gerontol Pol* 2004; 12(4): 165–168.
13. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz.U. z 2014 r., poz. 1435, z późn. zm.).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz.U. nr 197, poz. 1923).
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz.U. nr 197, poz. 1922, z późn. zm.).
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 października 2003 r. w sprawie wysokości opłaty wnoszonej przez pielęgniarke, położną za egzamin państwowy (Dz.U. nr 189, poz. 1863).

17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja oraz kursy specjalizacyjne (Dz.U. z 2013 r., poz. 1562).
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. nr 210, poz. 1540).
19. Program kształcenia kursu specjalistycznego „Kompleksowa pielęgniarska opieka nad pacjentami z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego”. Program przeznaczony dla pielęgniarek. Opracowany w ramach projektu systemowego „Rozwój kwalifikacji i umiejętności kadry pielęgniarskiej w kontekście zmian epidemiologicznych będących następstwem starzejącego się społeczeństwa” – współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Warszawa: Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych; 2013.
20. Tomaszewska M, Cieśla D, Czerniak J, i wsp. Możliwość doskonalenia zawodowego pielęgniarek – potrzeby a rzeczywistość. *Probl Pielęg* 2008; 16(1, 2): 40–47.
21. Palczewska A, Analiza kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych na północno-wschodnim Mazowszu. *Probl Pielęg* 2008; 16(3): 285–292.
22. Cisoń-Apanasewicz U, Gaweł G, Ogonowska D, i wsp. Opinie pielęgniarek na temat kształcenia podyplomowego. *Probl Pielęg* 2009; 17(1): 32–37.
23. Banaszkiewicz M, Dmowska A, Andruszkiewicz A, i wsp. Profesjonalizm we współczesnym pielęgniarstwie. *Probl Pielęg* 2006; 1–2: 106–109.
24. Krupińska E. Kształcenie podyplomowe pielęgniarek – potrzeba czy obowiązek. *Piel Zdr Publ* 2011; 1(4): 321–326.

Adres do korespondencji:

Dr hab. Joanna Rosińczuk, prof. nadzw.

Zakład Chorób Układu Nerwowego

Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny

ul. Bartła 5

51-618 Wrocław

Tel.: 71 784 18 39

E-mail: joanna.rosinczuk@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.08.2015 r.

Po recenzji: 16.09.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 20.09.2015 r.